

# 個人情報に関する開示・訂正等申出書

年 月 日

一般財団法人 保健福祉広報協会 事務局長 殿

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

所属(勤務先) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

案内ハガキコード番号(11桁)

(わかる場合のみご記入下さい。) \_\_\_\_\_

貴会保有の私の個人情報について、下記のとおり取り扱うよう申し出ます。

## 記

### 1. 申請の区分 (いずれかに○)

開示 ・ 訂正 ・ 追加 ・ 削除 ・ 利用停止

### 2. 訂正等の具体的内容およびその理由

現在の内容	具体的な変更内容等	その理由